

Hallitsemmeiko iäkkäiden monilääkityksen?

Kun potilaalla on useita kroonisia sairauksia, asianmukainen hoito voi edellyttää useiden lääkkeiden käyttöä. Monilääkitys voidaan pitää hallinnassa aktiivisella seurannalla ja yhteistyöllä.

Suomessa asuu yli 130 000 yli 75-vuotiaasta, joilla on käytössään vähintään 10 lääkevalmistetta. Valtaosa heistä asuu itsenäisesti ilman säännöllisiä kotihoidon palveluja. Näiden henkilöiden lääkehoidon seurannasta vastaavat useimmiten avoterveydenhuollon lääkärit.

Terveysdenhuollon pirstaleisuus vaikeuttaa lääkehoidon seurantaa

lääkät hoidattavat vaivojaan usein monilla eri lääkkeillä. Kuitenkin tiedonkulku hoitoyksiköiden välillä kangertelee. Epätietoisuus potilaan todellisesta lääkkeiden käytöstä, hoidosta vastaavista tahoista ja lääkehoidon tavoitteista heikentää lääkärin mahdollisuutta seurata kokonaisuutta ja puuttua epäkohtiin lääkkeen määräämisen ja reseptien uusimisen yhteydessä. Pahimmillaan seurannan puutteet johtavat hallitsemattomaan monilääkitykseen, ylimääräisiin kustannuksiin ja inhimilliseen kärsimykseen.

Potilaan sitoutuminen lääkehoitoon edistää merkittävästi lääkehoidon onnistumista. Tämän lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulisi sitoutua potilaiden lääkehoidon toteutukseen, seurantaan ja tarvittaessa myös järjeistämiseen. Työnjakoa selkiyttämällä ja tiedonkulkua helpottamalla voidaan parantaa monilääkittyjen vanhusten hoidon laatua. Monilääkityksen hallinta edellyttää myös terveydenhuollon rakenteiden ja toimintamallien uudistamista sellaisiksi, että ne tukevat moniammatillisuutta.

Esimerkki hallitsemattomasti monilääkityksen potilaan lääkehoidon kokonaisarvioinnista

Yksin asuva 76-vuotias rouva hakeutui lääkehoidon kokonaisarviointiin läheisensä suosituksesta, koska hänellä oli käytössään paljon lääkkeitä ja hän tunsikin olonsa väsyneeksi. Potilas nimesi hoitavaksi lääkärin julkisen terveydenhuollon erikoislääkärin, joka tunsikin hänet useiden vuosien ajalta. Kotihoidon asiakkuutta ei ollut. Rouva huolehti itsenäisesti lääkehoidostaan. Rouvan diagnooseja olivat hyperaldosteronismi, kohonnut verenpaine, tyypin 2 diabetes, dyslipidemia, allerginen nuha ja polven nivelrikko.

Kotikäynnillä päivitettiin lääkelista, joka koostui kaikkiaan 35 lääkevalmisteesta ([taulukko 1](#), pdf). Liikuntakykyisellä rouvalla oli kohtalaisia kipuja, vuorotellen ummetusta ja ripulia sekä kirveltävän kuiva suu. Myös huimausta esiintyi, kaatumisiakin. Ahdistuneisuuteen liittyi myös unettomuutta. Suussa oli toistuvia sieninfektioita, ja valkoista katetta raaputettiin kielestä veitsellä.

Mittavassa lääkelistassa oli toisiinsa kietoutuvia ongelmia. Psykenoireita, kipua sekä allergiaoireita hoidettiin useilla lääkkeillä. Verenpainetta alentavia lääkkeitä oli lukuisia. Flukonatsolia käytettiin suuoireisiin oman harkinnan mukaan. Kolesterolin-, kipu- ja ummetuslääkkeen käyttö ei ollut säännöllistä eikä riittävää. Hoitosuosituksen mukainen pienannoksinen asetyylisalisyylihappovalmiste ei ollut käytössä.

Antikolinergisesti vaikuttavia lääkkeitä oli listalla yhdeksän, väsyttäviä lääkkeitä viisi, ummetusta aiheuttavia lääkkeitä seitsemän ja ortostatismia aiheuttavia lääkkeitä neljä. Merkittäviä yhteisvaikutuksia löytyi lukuisia, ja yhdistelmissä toisena osatekijänä oli joko flukonatsoli tai metamitsoli. Vanhuksille sopimattomia tai varauksin soveltuvia lääkkeitä listalla oli yhteensä 13.

Moniammatillisessa tapaamisessa hoitava lääkäri päätti lopettaa potilaalta saman tien kahdeksan lääkettä. Näiden lisäksi potilaalle kerrottiin haittoja aiheuttavista lääkkeitä ja kehoitettiin olemaan käyttämättä viittä lääkevalmistetta. Kahden lääkkeen vaihtamista päätettiin harkita vastaanottokäynnin yhteydessä.

Allergia- ja tukkoisuusoireiden lääkkeitä jätettiin käyttöön vain beklometasoninäsäsumute. Keskushermostoon vaikuttavista lääkkeitä jäi toistaiseksi käyttöön mianseriinivalmiste. Kivun hoitoa tehostettiin lisäämällä parasetamolin annosta, ja ummetuksen hoidoksi potilasta kehoitettiin lisäämään turvallisen laksatiivin käyttöä. Kolesterolilääke ja pienannoksinen asetyylisalisyylihappovalmiste määrättiin säännölliseen käyttöön. Furosemidin annosta pienennettiin. Kuivien silmien hoidoksi vaihdettiin miellyttävämpi, nestemäinen kostutustippa. Lisäksi suositeltiin lääkkeiden koneellista annosjakelua, verensokerin ja verenpaineen säännöllistä seurantaa sekä terveellistä ruokavaliota.

Lääkitysmuutokset käytiin rouvan kanssa läpi, ja lääkehoidon seurannan tarpeesta ilmoitettiin kotihoidolle. Myöhemmin kävi ilmi, ettei muutoksia ollut saatu toteutettua suunnitellusti. Muutokset olisivat edellyttäneet potilaan tukemista, jota ei kyetty tarjoamaan. Kokemattomuus moniammatillisesta yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyöstä esti lääkehoidon järjeistämisen.

Uusia toimintamalleja tarvitaan

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen tavoitteena on luoda kustannustehokas ja kansalaisia aktivoiva palvelujärjestelmä. Uudenlaisten moniammatillisten, eri sektoreita ja rahoitustahoja yhdistävien toimintamallien luominen voitaisiin aloittaa heti, jos osa kehitysrahoituksesta suunnattaisiin rohkeasti uusien käytäntöjen jalkauttamiseen ja vakiinnuttamiseen sekä johtamisen kehittämiseen.

Paula Timonen

Proviisori, lääkehoidon kokonaisarvioinnin erityispätevyys

Pro dosis Oy

Artikkeli on kirjoitettu 18.4.2015 ja julkaistu Sic!-verkkolehdessä 5.5.2015.

[Takaisin](#)

KIRJALLISUUTTA

Ahonen J. Iäkkäiden lääkehoito. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto 2011.

Jyrkkä J, ym. Increasing use of medicines in elderly persons: a five-year follow-up of the Kuopio 75+ Study. Eur J Clin Pharmacol 2006; 62: 151–8.

Leikola S. Development and Application of Comprehensive Medication Review Procedure to Community-Dwelling Elderly. Väitöskirja. Helsingin yliopisto 2012.

Saastamoinen L. Reseptien uusiminen. Väitöskirja. Kuopion yliopisto 2006.

Saastamoinen LK, Verho J. Register-based indicators for potentially inappropriate medication in high-cost patients with excessive polypharmacy. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2015. Julkaistu verkossa 26.2.2015.